

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕНТРОБЕЖНОЙ ЭРИТЕМЫ ДАРЬЕ

*Адаскевич В.П., Мяделец О.Д., Козловская В.В., Кичигина Т.Н.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Центробежная кольцевидная эритема Дарье – одна из наиболее часто встречающихся разновидностей стойких эритем, хотя среди других дерматозов наблюдается относительно редко. Легкие формы данного заболевания часто не диагностируют. Болеют чаще мужчины среднего возраста, хотя заболевание встречается и в детском, и в пожилом возрасте. Предполагается, что это заболевание инфекционно-аллергической природы, так как у больных отмечали очаги хронической инфекции и нарушения ЖКТ [2].

В данной работе изложены материалы собственного наблюдения.

Больной П., 24 лет поступил в Витебский кожно-венерологический диспансер 28.03.06. с жалобами на распространенные высыпания кожи. Болен около двух лет. Подобные высыпания появлялись на коже ранее и самостоятельно проходили. Находился на обследовании в кожном отделении ВОКВД в декабре 2005 года, когда была произведена диагностическая биопсия кожи. У родственников кожной патологии не отмечается. Аллергический анамнез в норме. Ранее болел простудными заболеваниями, страдает гастритом.

Данные осмотра. Пациент правильного телосложения. Лимфатические узлы не увеличены. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. На кожных покровах спины, груди,

конечностей, лица отмечаются гирляндоподобные, кольцевидные высыпания в виде причудливых полуколец. Периферическая часть более инфильтрирована, при пальпации возвышается над уровнем кожи. В результате разрыва колец образуются дуги и фестончатые очертания. В центре старых колец возникают новые высыпания. Элементы быстро увеличиваются. Шелушения и атрофии кожи нет.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови: эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$ г/л, гемоглобин 146 г/л, лейкоциты $6,7 \cdot 10^9$ г/л, палочкоядерные лейкоциты 1%, сегментоядерные 52%, лимфоциты 39%, моноциты 4%, СОЭ 3 мм/ч. Общий анализ мочи в норме. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,8 ммоль/л, мочевины 5,1 ммоль/л, креатинин 0,08 ммоль/л, общий белок 74 г/л, общий билирубин 10,6 ммоль/л, АЛТ 14 Ед/л, АСТ 19 Ед/л. Реакция Вассермана отрицательная. УЗИ внутренних органов: отмечается незначительное увеличение селезенки. Фиброгастродуоденоскопия – без патологии. Грибы в чешуйках кожи при микроскопии и посеве не обнаружены.

Биопсия кожи. Роговой слой хорошо выражен. Зернистый слой сформирован одним рядом кератиноцитов, имеющих веретеновидную форму, прерывистый. Клетки зернистого слоя с округлыми ядрами, окруженные оптически “пустым” пространством. Гранулы кератогиалина обнаруживаются только в периферических отделах цитоплазмы. Шиповатый слой содержит до 12 рядов кератиноцитов, многие из которых находятся в состоянии апоптоза и вакуольной дистрофии. Кератиноциты в состоянии баллонной дистрофии обнаруживаются и в базальном слое.

Сосочковый слой дермы отечен. В одном из участков вокруг подсосочковой сосудистой сети, сосуды которой расширены, с набухшим эндотелием, обнаруживаются достаточно плотные инфильтраты из лимфоцитов и макрофагов. В одном из участков обнаруживаются участки гиалиноза и некроза соединительной ткани дермы, окрашивающиеся азаном по Гейденгайну в интенсивно синий цвет. Описанная морфологическая картина может соответствовать поверхностному типу кольцевидной эритемы Дарье по А. Ackerman (1978).

Лечение: больной получал тетрациклина гидрохлорид (Юнидокс солютаб) по 100 мг в сутки, активированный уголь по 2 таблетки 3 раза в день, местно - гидрокортизоновая мазь, УЗ паравертебрально. Больной выписан с незначительным улучшением через 10 дней. Рекомендовано наблюдение терапевта по месту жительства, при необходимости – консультация онколога.

Таким образом, после исключения патологии внутренних органов и других кожных заболеваний пациенту выставлен диагноз: «Центробежная кольцевидная эритема Дарье» и рекомендовано наблюдение у терапевта и дерматолога.

Обсуждение результатов. Кольцевидные эритемы описаны при многих заболеваниях от грибковых до саркоидоза и онкологических заболеваний [1, 5]. Наиболее часто встречающимся заболеванием является микоз гладкой кожи. Однако микроскопическое и бактериологическое исследования исключили данный диагноз у пациента. Хроническая мигрирующая эритема встречается при болезни Лайма, которая довольно часто регистрируется в Беларуси. Необходимо также исключить длительный прием сульфаниламидов (сульфаниламидная эритема), ревматическую эритему (эритема Лендорфа-Лейнера), микоз гладкой кожи, некоторые формы красной волчанки, туберкулеза, лепры, хроническую крапивницу.

Особую настороженность следует проявить в выявлении онкологических заболеваний, так как центробежная кольцевидная эритема Дарье имеет сходную клиническую картину с гирляндоподобной мигрирующей эритемой Гамеля. При этом заболевании в 80% случаев выявляются новообразования внутренних органов, и появление клинической картины в виде колец на коже является результатом действия токсических продуктов новообразования [4].

При боррелиозе Лайма в 80% случаев возникает единичное поражение, в центре которого можно определить место укуса клеща. Клиническая картина представлена кольцеподобными высыпаниями диаметром как минимум 5 см. По периферии отмечается воспалительный валик. У 2% больных отмечается буллезный вариант боррелиоза, у 5% пациентов могут встречаться атипичные поражения. Гистологическая картина может помочь в диагностике. Однако всем больным с кольцевидными высыпаниями при исключении другой патологии целесообразно назначать превентивные курсы антибиотикотерапии [3].

Выводы.

1. Таким образом, дифференциальная диагностика кольцевидных эритем достаточно сложна.

2. При постановке диагноза необходимо учитывать данные анамнеза (токсидермия, сульфаниламидная эритема, крапивница), рентгенологического исследования грудной клетки (саркоидоз, туберкулез, новообразования легких, в частности, эритема Гамеля), УЗИ внутренних органов (новообразования, в частности, эритема

Гамеля, хронические заболевания внутренних органов), пробное лечение антибиотиками (боррелиоз Лайме).

Литература:

1. Бакстон, П. Дерматология: пер. с англ./ П. Бакстон. – М.: «Издательство БИНОМ», 2005. – 176 с.: ил.
2. Дифференциальная диагностика кожных болезней / Б. А. Беренбейн [и др.]; под ред. Б. А. Беренбейна, А. А. Студницына. – 2-ое изд., перераб. и доп. – М.: Медицина. 1989. – 672 с.
3. Müllegger, R. R. Clinical aspects and diagnosis of erythema migrans and borrelial lymphocytoma / R. R. Müllegger// Acta dermatovenerologica. – 2001. – Vol. 10, N 4.
4. Boyd, A. S. Erythema gyratum repens: a paraneoplastic eruption / A. S. Boyd, K. H. Neldner, A. Menter // J. Am. Acad. Dermatol. – 1992. – Vol. 26. – N 5. – P. 757-762.
5. Sylvia, H. S. Differential diagnosis of annular lesions / H. S. Sylvia, H. Elaine, R. Mohamad // American Family Physitian. – 2001. – Vol. 64. – N 2. – P. 289 – 296.